UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1947-1948 — N° 146

NÉVRALGIES FACIALES SYMPTOMATIQUES

ET

SINUSITE CHRONIQUE D'ORIGINE DENTAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 19 Juillet 1948

PAR

Alfred-Jean-Dominique UTHURBIDE

CHIRURGIEN-DENTISTE

DIPLÔMÉ MÉDICAL SUPÉRIEUR D'ÉDUCATION PHYSIQUE

Né à Biarritz (Basses-Pyrénées), le 3 Mai 1921

Examinateurs de la Thèse :

MM. CREYX, professeur ..... *Président*

DUFOUR, professeur .....

DESPONS, agrégé..... *Juges*

BERGOUIGNAN, agrégé.....

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DROUILLARD

3, PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1948

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536518_0061

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1947-1948 — N° 146

NÉVRALGIES FACIALES SYMPTOMATIQUES

ET

SINUSITE CHRONIQUE D'ORIGINE DENTAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 19 Juillet 1948

PAR

Alfred-Jean-Dominique UTHURBIDE

CHIRURGIEN-DENTISTE

DIPLÔMÉ MÉDICAL SUPÉRIEUR D'ÉDUCATION PHYSIQUE

Né à Biarritz (Basses-Pyrénées), le 3 Mai 1921

Examinateurs de la Thèse :

MM. CREYX, professeur ..... *Président*

DUFOUR, professeur .....

DESPONS, agrégé..... *Juges*

BERGOUIGNAN, agrégé.....

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DROUILLARD

3, PLACE DE LA VICTOIRE, 3

—

1948

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ — ASSESSEUR : M. CHELLE

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ CREYX
Clinique chirurgicale et gynécologique	CHARRIER
Clinique chirurgicale	PAPIN
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	VILLEMIN
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL
Hygiène	PIÉCHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	CHELLE
Botanique et matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN

	MM.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Médecine expérimentale	AUBERTIN
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOUBAT
Clinique des maladies infectieuses	DAMADE
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL : M. GIRARD.

PROFESSEURS SANS CHAIRE : MM. PERRENS (Maladies mentales), DUFOUR (Anatomie), MESNARD (Pharmacie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Physiologie	N...
Médecine générale	BROUSTET SARIC DUBARRY J. TRAISSAC BERGOUIGNAN
Chirurgie générale	MASSÉ MAGENDIE POUYANNE LAUMONIER CHAVANNAZ

	MM.
Obstétrique	MAHON
Ophtalmologie	BESSIÈRE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Chimie médicale	TAYEAU
Chimie générale pharmacent. et toxicologie	N...
Histoire naturelle médicale et parasitologie	N...
Histologie	MAYER.
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Odonto-stomatologie	MARONNEAUD

MAITRE DE CONFÉRENCES :

Physique pharmaceutique ..... M. BLANQUET.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	MASSÉ
Accouchements	N...
Puériculture	PÉRY
Zoologie et parasitologie	N...
Urologie	N...
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI
Ophtalmologie	N...
Anatomie	RIGAUD
Chimie minérale	N...

	MM.
Botanique	GIRARD
Cryptogamie	GIRARD
Pharmacie galénique	MESNARD
Bactériologie	MOUREAU
Physiologie	Mlle ROUGIER
Chimie biologique	N...
Parasitologie et biologie appliquées	PAUTRIZEL
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER
Electro-radiologie	CAILLON

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Dont le dévouement, la tendresse et les constants sacrifices nous ont permis d'atteindre le terme de nos études médicales.
Nous lui dédions ce modeste ouvrage, bien faible témoignage de notre profond amour filial et de notre très grande reconnaissance.

A MA FIANCÉE

A MON FRÈRE

A MON ONCLE J. CAZAURAN
CHIRURGIEN-DENTISTE

Qui, durant nos années d'études, nous a prodigué de sages et utiles conseils, et nous a éclairé de son expérience.
Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance et de nos sentiments de vive affection.

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A MON COUSIN LE DOCTEUR J. MOUREU

MEIS ET AMICIS

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR J. DUBERNARD

STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX

Qui nous a inspiré ce travail et qui mit obligeamment ses travaux personnels à notre disposition.

En faible témoignage de notre respectueux attachement et de notre profonde reconnaissance pour le précieux enseignement dont il nous a fait bénéficier pendant nos années d'études stomatologiques.

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A NOS MAITRES
DE LA CLINIQUE ODONTO-STOMATOLOGIQUE
DE BORDEAUX

A NOTRE JURY DE THÈSE

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CREYX

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Il fut un de nos premiers Maîtres.

Ses précieux enseignements et ses judicieuses directives nous ont été infiniment utiles dans nos études médicales.

Avec l'expression de notre respectueuse admiration.

NÉVRALGIES FACIALES SYMPTOMATIQUES

ET

SINUSITE CHRONIQUE D'ORIGINE DENTAIRE

INTRODUCTION

« Pline disait qu'il y a trois sortes de maladies pour lesquelles éviter, on aye le droist de se tuer : la plus aspre de toute est la pierre à vessie; la seconde, la grande douleur à l'estomac; la troisième, les névralgies de teste. »

Montaigne.

(Forgue : « Au seuil de la chirurgie. »)

Au cours de nos études de stomatologie, nous avons été frappé du nombre important de névralgies faciales symptomatiques, les unes aiguës et passagères, guérissant avec l'élimination de la cause, dentaire le plus souvent, les autres avec une apparence de chronicité, qui n'étaient ni soulagées ni guéries par les traitements habituels.

La conception classique des névralgies faciales les présente en deux classes bien précises :

A. — La névralgie essentielle ou névralgie épileptiforme de Trousseau, caractérisée par :

a) Douleurs intermittentes, en éclairs, en décharges électriques de courtes durées.

b) Douleur limitée, du moins à son début, à une branche du trijumeau.

c) Douleur qui s'étend graduellement aux branches voisines.

La crise typique a été comparée par Sicard à un drame en trois actes :

Acte I. — Douleur = trijumeau.

Acte II. — Tic, spasmes = facial.

Acte III. — Larmoiement, rougeur = sympathique.

Pas de douleurs entre les crises, un calme absolu. Le point de départ est localisé en une zone d'excitation qui se trouve en général sur les parois vestibulaires des maxillaires, et tout effort : toux, parler trop rapide, mastication, agissant sur cette zone peut déclencher une crise.

d) L'examen est négatif et la thérapeutique, de ce fait, est uniquement symptomatique.

Thurel a défini cette névralgie essentielle :

« Elle est la plus connue, sinon la plus fréquente; elle constitue une entité morbide bien déterminée quant à ses caractères, son évolution et son traitement. Si nous ignorons les causes de cette névralgie dite essentielle, nous pouvons affirmer, en l'absence de tout signe objectif, que le trijumeau n'est le siège d'aucune lésion organique : c'est un trouble fonctionnel qui disparaît après la destruction du nerf, et ne récidive qu'après régénération osseuse. »

B. — La deuxième classe groupe les névralgies faciales symptomatiques ou sympathalgies.

« Elles diffèrent de la névralgie essentielle, non seulement par l'existence de troubles sensitifs objectifs, mais encore par leurs caractères : aux élancements névralgiques s'associent des algies sympathiques paratrigéminales. » (Thurel.)

Le type clinique le plus courant présente des accès douloureux, moins intenses que dans la névralgie essentielle, mais se greffant sur un fond de douleur continue, sourde, exacerbée par la pression du nerf.

L'étiologie est vaste : tout ce qui est en contact direct ou

indirect avec le trijumeau peut être en cause, et un examen attentif du nez, de la gorge, des oreilles et de la denture fait apparaître l'origine de ces troubles. Nombreux sont les cas, cependant, où, malgré un examen des plus sévère, il est impossible de découvrir une étiologie; ces algies étaient classées jusqu'ici, par de nombreux auteurs, dans le cadre des névralgies faciales sur des fonds neuro-arthritiques, psychiques, etc., mais les divers traitements médicaux, physiothérapeutiques et réflexothérapeutiques étaient cependant décevants.

Nous nous sommes attaché à essayer de mettre au point cette catégorie de névralgies faciales symptomatiques par des recherches cliniques, radiologiques, bactériologiques, anatomopathologiques et bibliographiques.

Tellier, dans ses recherches personnelles sur les névralgies faciales, conclut d'une façon catégorique que : « En dehors des causes dentaires parfois difficiles à retrouver, il faut rechercher du côté des sinus. Seul le stomatologiste peut faire la synthèse de ces deux territoires appartenant, l'un au dentiste, l'autre à l'oto - rhino - laryngologiste ». (Tellier, in *Algies faciales.)*

C'est donc dans ce sens que nous avons orienté nos recherches.

Nous remercions notre Maître, M. le Docteur J. Dubernard, Stomatologiste des Hôpitaux, de nous avoir inspiré le sujet de ce travail et grandement facilité nos recherches par ses précieux conseils basés sur de nombreuses observations personnelles.

Dans de multiples observations de névralgies faciales que nous avons étudiées, nous avons constaté que ces malades avaient présenté des passés dentaires orageux : molaires, pré-molaires, surtout supérieures, avaient été atteintes de polycaries, de pulpites aiguës, de poly-arthrites expulsives, de complications sur les maxillaires et les sinus. L'apparition des premières névralgies datait de ces complications

dentaires et s'étaient aggravées avec le temps, s'étendant aux branches du trijumeau malgré les extractions multiples; les diagnostics étiologiques, au début purement dentaires, étaient transformés vers un cadre plus général.

L'étude approfondie de nombreux cas, une soixantaine environ, nous a permis de mettre en lumière une ostéonécrose, soit raréfiante, soit condensante du tissu osseux avoisinant les lésions dentaires (le plus souvent la paroi osseuse externe du sinus maxillaire).

La thérapeutique chirurgicale, très simple, par exérèse de ce tissu nécrosé, nous a permis de soulager ces malades dès l'intervention, et d'obtenir des guérisons dont certaines se maintiennent depuis plus de dix ans.

PLAN

Introduction.

Première partie.

Chapitre premier. — Rappel anatomique et embryologique.
Chapitre II. — Etiologie.
Chapitre III. — Anatomie pathologique.
Chapitre IV. — Pathogénie.
Chapitre V. — Signes cliniques.
Chapitre VI. — Technique opératoire.

Deuxième partie.

Observations.

Conclusions.

Bibliographie.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Rappel anatomique et embryologique.

Il existe des rapports anatomiques très étroits entre les sinus maxillaires et les dents, rapports à la fois osseux, vasculaires, lymphatiques et nerveux.

Pour bien comprendre à quel point ces deux régions connexes sont liées entre elles, nous allons faire un court rappel anatomique et embryologique du sinus maxillaire.

Chez l'embryon, c'est à la fin du deuxième mois et au début du troisième mois que se développe un diverticule nasal au niveau du sillon de séparation, entre le cornet moyen et le cornet supérieur : c'est l'ébauche du sinus maxillaire.

A la naissance, il ne s'agit que d'une simple fissure emplie de glaires, qui ne s'accroîtra qu'en s'insinuant entre l'orbite et la région maxillo-dentaire, dans une zone où toute la place disponible est occupée, chez le nouveau-né, par les germes dentaires. Son développement est entièrement sous la dépendance du développement des deux organes qui lui sont communs : les dents et le maxillaire supérieur.

L'antre augmentera ses dimensions, descendant au fur et à mesure de l'apparition des dents définitives sur les arca-

des. Le développement des sinus se prolonge donc pendant l'adolescence et ne se termine qu'à l'âge adulte.

Au point de vue anatomique, le sinus maxillaire, chez l'adulte, est une vaste cavité qui occupe presque toute l'épaisseur de l'apophyse pyramidale du maxillaire supérieur.

La grandeur de cette cavité est extrêmement variable suivant les sujets, mais en général la forme est celle d'une pyramide tronquée, à sommet au niveau de l'os malaire, à paroi supérieure orbitaire, paroi antérieure convexe, jugale, à paroi postérieure ptérygo-maxillaire et dont la base répond à la partie externe des fosses nasales et aux racines des dents.

Il n'est pas rare de constater que le fond des alvéoles des grosses molaires fait saillie dans le sinus. Parfois même les extrémités apicales sont immédiatement au contact de la muqueuse. Mais, alors même que les apex sont loin au fond du sinus, une série de canalicules, dans l'os spongieux, établit des communications entre les régions alvéolaires et l'antre.

Les rapports entre les plexus nerveux et le sinus sont plus complexes. Le trijumeau, par sa deuxième branche (le nerf maxillaire supérieur), donne six collatérales, parmi lesquelles nous intéressent particulièrement :

Le nerf et le ganglion sphéno-palatins, qui donnent des filets pour l'innervation du nez et de la muqueuse nasale.

Le nerf naso-palatin de Hirshfeld, pour la sensibilité de la voûte palatine et la muqueuse de la région rétro-incisive.

Les nerfs dentaires postérieurs, au nombre de deux ou trois, qui s'enfoncent dans les canaux dentaires postérieurs creusés dans la paroi postérieure des sinus. Dans l'épaisseur de l'os, au-dessous du sinus et au-dessus des molaires et pré-molaires, ils forment un plexus qui fournit des filets sensitifs aux racines des molaires et pré-molaires, l'os et la muqueuse du sinus.

Le nerf dentaire moyen, quand il existe, naît de la portion sous-orbitraire du nerf maxillaire supérieur, et il descend dans l'épaisseur de la paroi antérieure du sinus, jusqu'à la partie moyenne du plexus dentaire.

Le rameau dentaire antérieur naît de la partie sous-orbitaire, dans le canal sous-orbitaire, et s'engage dans le canal dentaire antérieur et supérieur qui descend dans la paroi antérieure du sinus. Dans ce canal dentaire antérieur qui aboutit au trou palatin antérieur, les deux nerfs, droit et gauche, cheminent de concert.

Ainsi, la branche maxillaire supérieure et surtout le nerf dentaire sont au voisinage immédiat du sinus maxillaire. Il arrive même que les canaux osseux dans lesquels cheminent les filets nerveux soient incomplets, et seule la muqueuse nasale recouvre les branches sensitives.

Les rapports artériels, enfin, ont leur importance. Toute l'irrigation de la région de l'antre d'Highmore vient de l'artère maxillaire interne qui donne :

a) L'artère infra-orbitaire qui, d'arrière en avant, donne des branches pour le corps du maxillaire, et se termine à la fosse canine.

b) L'artère alvéolaire postérieure, qui irrigue os et dents. C'est une artère chirurgicalement importante en raison des hémorragies qu'elle peut provoquer.

Entre ces deux troncs, un fin lacis d'artérioles irrigue le corps du maxillaire et la région de l'antre.

Toutes ces artères et artérioles cheminent dans des conduits osseux. L'os forme donc un bloc perforé d'une infinité de petits canaux qui font communiquer les régions du maxillaire supérieur.

CHAPITRE II

Etiologie.

L'étiologie est toujours dentaire, et multiples sont les points de départ intéressant, soit la dent, soit la pulpe, soit l'apex.

La mono-arthrite apicale, aiguë ou chronique, consécutive à une gangrène pulpaire, atteignant une ou plusieurs dents et aboutissant à un syndrome de polyarthrite expulsive ou suppurée.

Les ostéites péri-apicales, avec ou sans granulome; les ostéites chroniques par inclusion dentaire; les abcès, les ostéophlegmons. Le kyste para-dentaire qui, repoussant la muqueuse sinusienne, se fistulise et infecte le sinus, en sont les causes les plus fréquentes.

Par suite de ces foyers aigus ou chroniques, le sinus s'infecte facilement. Ainsi, un abcès aigu, un ostéophlegmon se déversant dans le sinus remplissent la cavité sans que sa muqueuse ait encore participé à l'infection et, dans ce cas, il y a empyème du sinus. Si la cause dentaire n'est pas éliminée rapidement, la muqueuse s'infecte et le malade présente une sinusite aiguë, soit subaiguë, soit chronique, suivant la lenteur du processus infectant.

Ces accidents aigus se répètent, et si l'origine n'est pas décelée et traitée, la sinusite évolue progressivement vers une phase chronique.

Les atteintes chroniques de la muqueuse sinusienne se doublent d'une atteinte osseuse qui, elle aussi, évolue lentement. La paroi du sinus et la paroi alvéolaire sont le siège d'un processus ostéique, lentement évolutif à partir de l'infection du péri-apex. L'ostéite effondre le plancher du sinus et s'étend progressivement à toute la paroi osseuse externe, détruisant tout l'os normal.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

Ce processus d'ostéite peut évoluer rapidement, et nous aurons le tableau clinique de l'ostéomyélite aiguë, où le tissu osseux s'éburne ou est le siège d'un processus d'ostéite raréfiante : l'os se nécrose; le périoste, rouge et épaissi, est décollé par le pus, la moelle suppure.

Le processus d'évolution peut être lent et diffus, et l'infection chronique peut donner lieu, soit à la formation de séquestres, soit à une hyperostose plus ou moins considérable de l'os.

Dans les cas que nous étudions, l'os est le siège d'un processus de décalcification lentement évolutif, d'ostéolyse alvéolaire qui gagne lentement tout le massif facial avec une affinité particulière pour les os plats, tel que celui limitant la paroi externe du sinus maxillaire.

L'examen de cet os, au point de vue anatomie pathologique, montre :

Macroscopiquement : un os bleuté extrêmement mince, très fragile, se laissant perforer au stylet, saignant facilement; un os nécrosé présentant quelquefois des petits foyers purulents.

Microscopiquement : on trouve les lésions nécrotiques, typiques avec décalcification; l'augmentation de la pression sanguine entraînant une ostéolyse des travées osseuses, les détruisant à peu près complètement. Cette ostéolyse gagne progressivement toute l'étendue du maxillaire supérieur et du sinus, allant jusqu'à la fosse canine et la tubérosité maxillaire supérieure, le maximum des lésions portant sur le bord alvéolaire.

La muqueuse du sinus est atteinte mais, dans le cas particulier, il n'y a pas de réactions suppuratives. Il y a destruction atrophique, la muqueuse est amincie, pâle, se laissant décoller très facilement et, signe majeur, *ne suppure pas.*

C'est cette absence de suppuration, jointe à une radiographie négative, qui fait rejeter, par les spécialistes du nez, l'origine sinusale de ces névralgies.

Bactériologiquement : plusieurs ensemencements des fragments osseux prélevés au cours des interventions ne nous ont rien révélé de particulier. On retrouve, en effet, les germes banaux des infections buccales : bacilles fusiformes, spirilles, spirochètes, microbes anaérobies.

CHAPITRE IV

Pathogénie.

Il est facile d'expliquer la pathogénie.

L'infection, primitivement localisée à l'apex de la dent, peut atteindre le sinus par trois voies différentes :

a) Par continuité; lésion alvéolaire d'abord, lésion maxillaire et lésion sinusienne ensuite (nous avons vu les rapports existant entre le sinus et les dents) ;

b) Par atteinte osseuse de proche en proche;

c) Par contiguïté.

L'infection se transmettant à distance par les canicules extrêmement fins percés dans l'os pour le passage des éléments vasculo-nerveux.

Cette infection, évoluant depuis le fond de l'alvéole jusqu'à la paroi du sinus, provoque des lésions des filets nerveux sensitifs et sympathiques, et ces névrites donnent des syndromes douloureux de l'hémiface.

Les nerfs dentaires postérieurs et sous-orbitaires, à trajet sous-muqueux, réagissent vite à la réaction sinusienne, soit par névrite purement inflammatoire, soit par compression dans leur trajet intra-osseux, les processus d'ostéolyse détruisant les canaux où ils cheminent.

Bercher, dans ses recherches personnelles, ajoute qu'en dehors de ces atteintes directes, l'atteinte osseuse provoque également un réflexe trijémino-sympathique.

L'atteinte des troncs nerveux se manifeste par des réactions douloureuses qui, localisées au début du processus infectieux, finissent par constituer un tableau complet de névralgies faciales symptomatiques.

En résumé, il s'agit donc d'un processus inflammatoire, parfois aigu au début, mais à l'état de chronicité avec poussées successives plus ou moins fréquentes. C'est alors que les signes cliniques du syndrome névralgique prennent toute leur importance, entre deux poussées aiguës, les signes étant presque négatifs.

CHAPITRE V

Signes cliniques.

L'interrogatoire des malades nous apprend qu'ils ont eu un passé dentaire et sinusien assez mouvementé.

Il s'agit le plus souvent de gens d'un certain âge, quarante-cinq ans et au-dessus, qui se plaignent d'avoir eu tous les malheurs au point de vue douleurs bucco-dentaires. Leurs mauvaises dents les ont tourmentés dès leur plus jeune âge, mais ils n'ont pas eu le souci de les faire soigner, et ce n'est qu'après des mois et des années de souffrance qu'ils se sont décidés à faire pratiquer les extractions nécessaires.

Dans d'autres cas, il s'agit de personnes décalcifiées, soignées dans de mauvaises conditions et qui, après de nombreuses complications dentaires, ont fait pratiquer des extractions multiples sans obtenir de soulagement à leurs névralgies. Les malades que nous avons pu observer sont arrivés à notre consultation à peu près édentés complets.

Les cicatrisations alvéolaires, disent-ils, ont toujours été longues à se faire, et les extractions successives pratiquées n'ont amené que des soulagements de courte durée, les nouvelles crises étant toujours plus violentes en durée et en intensité.

Les signes fonctionnels sont assez caractéristiques et n'évoluent que très peu entre la période du début et la période d'état; seule la durée des crises est plus grande au bout de quelques mois.

A la période du début, cette névralgie peut être considérée comme à point de départ alvéolaire; les douleurs sont

spontanées mais assez limitées, quant à leur extension, aux branches du trijumeau. La palpation endo-buccale, la percussion des dents suspectes provoquent de nouvelles crises dont la durée est variable : courte au début, allant de quelques minutes à quelques heures. Ce n'est que lorsque le malade néglige tout traitement que la douleur augmente jusqu'à devenir continue avec crises paroxystiques.

Les signes physiques sont surtout des signes dentaires ou des complications de pulpite chronique; l'état buccal est défectueux, on voit de nombreuses caries pénétrantes, la gencive est rouge, saignant facilement, on note de nombreux pertuis de fistulisation.

La palpation révèle une mobilité des dents, et certaines ont du pus qui sourd au collet; il y a de l'arthrite alvéolo-dentaire. L'examen vestibulaire est douloureux, on sent des tuméfactions douloureuses au niveau des apex.

Les signes généraux sont bons : pas de température. Nous ne pouvons signaler qu'un état psychique spécial par crainte des récidives douloureuses.

C'est à cette période que les malades vont voir le dentiste. Les extractions multiples pratiquées amènent une amélioration de l'état buccal, mais le syndrome névralgique réapparaît vite et augmente de jour en jour.

C'est à la période d'état que nous avons vu la plupart de nos malades, alors que la névralgie faciale symptomatique typique est bien caractérisée. Les malades souffrent d'une façon continue avec des crises douloureuses en décharge électrique. Cette douleur siège dans tout l'hémiface atteint. Les crises douloureuses se répètent tous les jours de façon cyclique, quelquefois à la même heure. Elles peuvent disparaître pendant la saison chaude, mais réapparaissent dès les premiers froids.

L'intensité est croissante dans le temps, les crises se rapprochent et, bientôt, ces malades n'osent plus bouger, car le moindre mouvement, le moindre effort déclenche une crise

Si le malade ne fait aucun traitement, au bout de quelques mois le tableau clinique s'augmente de larmoiement, de rougeur de la face, de spasmes musculaires faciaux au cours des crises, signant nettement le syndrome de névralgie faciale.

Les signes physiques sont très discrets à cette période et demandent une attention particulière au praticien.

L'examen exo-buccal montre :

Une légère asymétrie faciale du côté malade ainsi qu'une légère modification de la coloration de la joue, mais ce dernier signe est assez rare.

L'examen endo-buccal nous permet de découvrir, à l'inspection, que ces malades sont des édentés complets cicatrisés. La muqueuse gingivale, du côté douloureux, est plus pâle que dans la région alvéolaire saine; la résorption alvéolaire est anormalement accentuée par rapport au côté sain; le vestibule a presque disparu à la suite de cette résorption. La fosse canine, saillante, est colorée anormalement.

La palpation exo-buccale montre les points sus et sous-orbitaires, mentonnier, douloureux à la pression.

La palpation endo-buccale permet de déceler une légère douleur de la crête alvéolaire, la pression est également douloureuse à la fosse canine et à la tubérosité maxillaire.

La muqueuse donne l'impression d'être moins épaisse que du côté sain. Sous anesthésie locale, une sonde peut pénétrer très facilement dans la région alvéolaire et dans le sinus, démontrant ainsi la fragilité particulière de cet os pathologique.

Les signes généraux sont bons, le facies est quelquefois légèrement altéré, mais, surtout, on sent les malades anxieux, figés dans l'attente d'une nouvelle crise; leur psychisme s'en ressent et leur sociabilité est nulle.

Au point de vue examen général, il n'y a rien à signaler. Ces malades sont presque toujours des migraineux ou des rhumatisants, et il semblerait que cette diathèse neuro-

arthritique soit une cause favorisante de névralgie faciale.

Les signes radiographiques sont discrets. On peut voir quelquefois des alvéoles résorbées anormalement avec de rares travées osseuses.

Les sinus peuvent avoir un léger voile, mais le plus souvent paraissent normaux.

CHAPITRE VI

Technique opératoire.

L'intervention se fait sous anesthésie loco-régionale dans la fosse ptérygo-maxillaire pour le tronc maxillaire supérieur, complétée par une anesthésie locale aux trous palatin postérieur, palatin antérieur et sous-orbitaire.

L'incision part de la tubérosité du maxillaire supérieur, à sa partie postérieure, suit la crête alvéolaire dans sa partie médiane, s'étend jusqu'au niveau de la canine pour remonter à un centimètre vers le vestibule.

A la rugine, la muqueuse est réclinée vers le vestibule, et l'on obtient ainsi un lambeau important qui met au jour toute la face externe du maxillaire supérieur. Alors que normalement la muqueuse gingivale est très adhérente, dans ces cas d'ostéonécrose la libération du lambeau est des plus facile.

L'aspect du maxillaire mis à nu est très spécial; il est de couleur blanc bleuté, saignant facilement, se laissant perforer comme une coquille d'œuf à la moindre pression. A la pince-gouge, on fait une élimination à la demande de cet os nécrosé.

Après curettage du sinus, toujours vide de pus, on fixe les lambeaux muqueux par un surjet au catgut fin.

Les suites opératoires sont parfaites. La guérison de la plaie se fait en cinq ou six jours, les phénomènes douloureux ayant disparu dès l'intervention.

La reconstitution du maxillaire se fait par persistance du périoste et, au bout de quelques mois, un appareillage

correct rétablit chez ces malades une fonction masticatrice normale.

Notre travail portant sur une soixantaine de cas, nous avons choisi les plus typiques. Tous ces malades, améliorés dès l'intervention, présentent des guérisons dont certaines se maintiennent depuis plus de dix ans. Cependant, pour quelques cas, nous avons observé des récidives (observations VI et X). Dans ces cas particuliers, une alcoolisation du ganglion de Gasser a été nécessaire.

Ces malades, soulagés pendant une quinzaine de jours, ont eu de grosses crises de névralgie faciale à type essentiel. Il s'agissait d'anciens névralgiques chez qui les crises duraient depuis une dizaine d'années. La cause enlevée, ces malades ont présenté une amélioration, mais l'atteinte des troncs nerveux était telle que la restitution *ad integrum* était impossible. L'intervention, en supprimant la cause, avait son intérêt, car elle permettait de dégager de l'ensemble du syndrome tout ce qui était dû à l'atteinte des sinus, une alcoolisation complémentaire permettant de guérir complètement ces malades.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

Observation I

(Docteur Dubernard)

M^me^ X..., cinquante-huit ans.

Juillet 1931. — Se présente à la consultation pour un syndrome douloureux de l'hémiface gauche à type de névralgies faciales.

La malade a présenté un passé dentaire orageux qui a abouti à l'extraction de toutes les dents du maxillaire supérieur. Les névralgies persistant malgré le traitement médical, la malade se présente à la consultation du Docteur Dubernard.

Examen. — Signes physiques très discrets.

Examen exo-buccal. — Point de Valleix douloureux.

Examen endo-buccal. — Muqueuse vestibulaire gauche légèrement plus pâle que du côté sain. Résorption alvéolaire assez marquée à gauche. La pression de la fosse canine et de la tubérosité du maxillaire gauche sont douloureuses.

Radiographie. — Rien à signaler. Sinus normaux.

6 juillet 1931. — Anesthésie loco-régionale. Incision de la muqueuse. Le périoste récliné montre une paroi sinusienne blanchâtre, se laissant perforer au stylet. Résection à la gouge. Curettage du sinus. Suture au catgut.

Suites opératoires bonnes. Cessation des crises douloureuses. Pas de récidive à ce jour.

Observation II

(Docteur Dubernard)

M^me^ V..., Gauriac.

4 février 1936. — Adressée au Docteur Dubernard par le Docteur Reignier, de Gauriac, pour syndrome névralgique de l'hémiface droite.

Les crises ont débuté il y a cinq ans et, malgré le traitement médical et des alcoolisations successives, la malade n'a eu que des améliorations passagères.

Actuellement, les crises éclatent spontanément, provoquées par le moindre mouvement des joues ou de mastication.

La douleur, à type de décharge électrique, envahit toute l'hémiface droite et dure quelques secondes. Pas de tics, pas de rougeur, pas de larmoiement. Il persiste une légère douleur continue, sourde, entre les crises.

Antécédents. — Père rhumatisant. Mère migraineuse.

Examen exo-buccal. — Rien à signaler.

Examen endo-buccal :

5 4 2 1	1 2 3

Pas de modification sensible de couleur de la muqueuse gingivale du maxillaire supérieur droit. Fosse canine et crête alvéolaire sensibles à la palpation digitale.

Radiographie. — Négative au point de vue du sinus. Travées osseuses anormales sur le côté alvéolaire droit.

Intervention le 12 février 1936. — Technique habituelle. Enlèvement, à la gouge, d'une paroi osseuse sinusale, pâle et friable, grandeur d'une pièce de un franc. Curettage du sinus. Suture au catgut.

Suites opératoires normales. Pas de récidive à ce jour.

Observation III

(Docteur Dubernard)

M. B..., quarante et un ans, instituteur à Sores (Landes).

Mars 1941. — Se présente à la consultation du Docteur Dubernard pour syndrome de névralgies faciales périodiques à caractère violent.

Durée des crises : huit à dix jours, avec intervalle de vingt jours à un mois.

Ayant vu ce malade en crise, nous n'avons pas constaté de rougeur ou de larmoiement, seule une douleur paroxystique, d'une durée de quelques minutes.

Antécédents. — Antécédents dentaires importants. Dès son plus jeune âge, le malade a présenté des accidents aigus avec complications inflammatoires ayant nécessité l'extraction de presque toutes ses dents.

Au point de vue antécédents généraux, rien à signaler, ce malade est sujet à des migraines fréquentes.

Examen exo-buccal. — Rien à signaler.

Examen endo-buccal :

$$\frac{3}{} \Big| \frac{3}{}$$

Cicatrisation de la muqueuse en apparence parfaite sur les deux maxillaires, mais, du côté droit, on voit une voussure légère du maxillaire supérieur, au niveau des crêtes alvéolaires.

Muqueuse pâle et sensible à la pression, à droite. Vestibule rosé, contrastant nettement avec la pâleur de la muqueuse recouvrant les crêtes alvéolaires. Palpation de la fosse canine douloureuse. Sous anesthésie locale, un stylet pénètre facilement dans le sinus.

Radiographie. — Négative. Sinus normaux.

Intervention le 12 mars 1941. — Technique habituelle.

Résection à la gouge de toutes les crêtes alvéolaires, de la fosse canine, de la tubérosité, d'une partie de la voûte palatine. Curettage du sinus. Suture au catgut fin.

Suites opératoires normales. Pas de récidive à ce jour.

Observation IV

(Docteur Dubernard)

M. J... (Pierre), quarante-neuf ans, Bordeaux.

12 mars 1945. — Le malade se présente à la consultation du Docteur Dubernard pour syndrome névralgique de l'hémiface gauche.

1943. — Le début de syndrome est à type de céphalées

frontales. Le Professeur Fontaine, de Strasbourg, fait un diagnostic de syndrome de Claude-Bernard Horner. Infiltration du stellaire gauche. Amélioration jusqu'en janvier 1947.

Janvier 1947. — Les douleurs, plus violentes, réapparaissent et envahissent rapidement toute l'hémiface gauche. Les crises se reproduisent à horaire fixe, vers 21 h. 30, au cours du repas du soir; douleurs à type de décharge électrique, durée de deux à trois minutes; fin de crise brusque avec rougeur et larmoiement. Il n'y a pas de tics.

Les crises sont si violentes que le malade pense mettre fin à ses jours.

Antécédents personnels. — Blessé et gazé en 1914-1918. Entérite chronique. A trente-cinq ans, crise de goutte. Etat migraineux persistant.

Antécédents héréditaires. — Père : migraineux et goutteux. Mère : migraineuse et rhumatisante.

Antécédents dentaires :

6 4 3	. . 7
3 2 1	1 2 4

Intervention le 15 mars 1947. — Technique habituelle. Paroi sinusale nécrosée. Elimination à la gouge. Curettage du sinus. Suture au catgut.

Suites opératoires normales. Pas de récidive à ce jour.

Observation V

(Docteur Dubernard et Uthurbide)

Mme R... (Madeleine), quarante-cinq ans, cultivatrice à Moustey (Landes).

1940. — La malade ressent de légères douleurs de l'hémiface gauche, douleurs qui augmentent progressivement jusqu'à devenir très fortes.

Ces douleurs sont continues avec exacerbations fréquentes, en piqûres d'aiguille, à prédominance nocturne.

Extraction de la deuxième molaire supérieure gauche et de D 2, par le Docteur Lagrave.

Février 1945. — Après une amélioration de cinq ans, les

crises paroxystiques reprennent avec rougeurs de la pommette gauche, mais sans larmoiement, ni tics.

16 mars. — Consultation du Docteur DUBERNARD.

Etat buccal. — A toujours eu une très mauvaise dentition. Elle a fait fréquemment des pulpites aiguës et des abcès dentaires qui ont amené l'extraction de ses blocs molaires et pré-molaires supérieures et inférieures quelque temps après son accouchement (1925). Seule persistait D 7, qui a été extraite en 1942.

3 1	1 2 3
3 2 1	1 2 3

Antécédents. — Rhumes non fréquents mais tenaces, avec beaucoup d'écoulements séro-purulents. Migraines depuis toujours.

Radiographie. — Rien à signaler.

Intervention le 21 mars 1945. — Technique habituelle. Parois osseuses bleutées, s'éliminant très facilement. Elimination à la gouge. Suture au catgut.

Suites opératoires normales. Pas de récidive à ce jour.

OBSERVATION VI

(Docteur DUBERNARD)

M^me^ C..., cinquante-sept ans, Bagnères-de-Bigorre,

Juin 1946. — La malade se présente à la consultation du Docteur DUBERNARD, sur les conseils du Docteur COMBUE, pour syndrome névralgique de l'hémiface gauche ayant débuté il y a quinze ans.

La crise, qui débute spontanément au moindre effort de mastication ou au froid trop vif, est à type d'éclairs, dure quelques secondes et disparaît. La fin de la crise est marquée par un spasme des muscles faciaux, de la rougeur, du larmoiement. Entre les crises, il persiste un fond de douleur continue.

Antécédents héréditaires. — Mère : migraines et rhumatisme.

Antécédents personnels. — Migraines.

Antécédents dentaires. — Depuis l'âge de dix-huit ans,

succession d'abcès pulpaires et épisodes aigus de toutes sortes. Extractions en grand nombre, il y a deux ans, sans amélioration.

Intervention le 16 juin 1946. — Anesthésie loco-régionale et technique opératoire habituelle. Os nécrosé, surface pièce de deux francs. Résection à la gouge. Suture. Suites opératoires normales.

Au quatorzième jour, crises névralgiques violentes à type névralgie essentielle pure. Alcoolisation au trou ovale. Kératite neuro-paralytique traitée par le Docteur Bessières.

Observation VII

(Docteur Dubernard et Uthurbide)

M^me^ C... (Angela), cinquante-sept ans, Bordeaux.

7 février 1947. — Se présente à la consultation du Service de Stomatologie de l'Hôpital Saint-André pour un syndrome douloureux de l'hémiface droite.

Le début remonte au mois de septembre 1946. La crise typique éclate à la mastication, éternuements, etc. Douleur à type de décharges électriques, durée de deux à trois minutes. Cessation brusque avec sensation de chaleur dans l'hémiface droite. Pas de spasmes, pas de larmoiement. Dans l'intervalle des crises, aucune douleur.

Examen exo-buccal. — Point de Valleix douloureux.

Examen endo-buccal :

3 2 1	1 2 3

Résorption marquée des crêtes alvéolaires supérieures, du côté droit. Palais très plat. Sous anesthésie locale, un stylet pénètre facilement dans le sinus maxillaire droit. Légère douleur à la pression de la fosse canine et sur la paroi sinusienne endo-buccale.

Radiographie. — Légère condensation du sinus maxillaire droit.

Antécédents. — Paludéenne. Syphilis en 1940, traitée seulement en 1944 dans le Service du Professeur Joulia.

Pas de passé sinusien. Pas de rhinorée chronique.

Intervention le 14 février 1947. — Anesthésie loco-régionale. Muqueuse ruginée, os blanc bleuâtre que l'on enlève à la gouge. Aspect polypoïde de la muqueuse sinusale. Suture.

Suites opératoires normales.

Un mois après, la malade ressent encore quelques névralgies dans le territoire de son nerf dentaire inférieur. L'état défectueux de son bloc incisivo-canin, qui présente un syndrome pyorrhéique avec blocs de tartre volumineux, laisse supposer que l'origine est là. Extraction de la canine inférieure droite, qui présente une carie pénétrante. Détartrage.

6 mai 1947. — Crises douloureuses atténuées, mais non disparues. Alcoolisation au trou mentonnier.

10 juin 1947. — Cette malade ne souffre plus.

12 mai 1948. — Il n'y a pas de récidives à ce jour.

Observation VIII

(Docteur Dubernard)

M^me^ P..., cinquante-cinq ans, Bordeaux.

12 juillet 1947. — La malade se présente à la consultation du Docteur Dubernard pour syndrome douloureux de l'hémiface droite.

L'histoire nous apprend que, depuis une vingtaine d'années, la malade souffre de crises névralgiques à prédominance nocturne dans son hémiface droite. La fréquence accrue de ses crises, malgré le traitement médical, l'amène à la consultation.

Ses antécédents dentaires révèlent que la malade a présenté des accidents péri-odontiques à l'âge de vingt ans ayant nécessité l'extraction de la canine supérieure droite. Depuis, les épisodes aigus se sont succédés sans que la malade se soit souciée de consulter son dentiste.

Devant la persistance des névralgies, la malade se fait extraire toutes ses dents atteintes. Amélioration passagère, mais récidive rapide des névralgies qui se présentent actuellement suivant le même type qu'au début.

Crises douloureuses survenant spontanément aux mouvements trop rapides des parois jugales. Durée : quelques minutes; pas de tics, pas de rougeurs, pas de larmoiement. Légère douleur continue entre les crises.

Antécédents héréditaires. — Père : rhumatisant.

Antécédents personnels. — Sinusite frontale à vingt-cinq ans.

Examen exo-buccal. — Légère asymétrie faciale due à un empâtement de la région située en avant du maxillaire supérieur droit. Points de Valleix douloureux.

Examen endo-buccal :

8 | 3 4 5

Vestibule supérieur droit augmenté de volume, un peu rouge, douloureux à la pression. Résorption alvéolaire marquée du côté droit. Palpation douloureuse dans la fosse canine.

Radiographie. — Léger voile du sinus maxillaire droit.

Intervention. — Technique habituelle. Avulsion de la dent de sagesse supérieure droite. Extrême décollabilité du périoste qui se soulève sous la pression du liquide anesthésique. Os spongieux, blanchâtre, friable, laissant s'écouler un pus fongueux. Résection à la gouge. Curettage du sinus. Suture au catgut.

Suites opératoires excellentes. Pas de récidives à ce jour.

Observation IX

(Docteur Dubernard et Uthurbide)

M^me^ M..., cinquante-huit ans, Mérignac.

28 août 1947. — La malade se présente dans le Service de Stomatologie de l'Hôpital Saint-André, pour un syndrome névralgique de l'hémiface droite.

Ses crises ont débuté un an auparavant et n'ont pas cédé aux divers traitements médicaux appliqués. Il s'agit de crises paroxystiques à type de décharge électrique, s'irradiant vers l'angle interne de l'œil et le rebord sous-orbitaire droit. Il y a du larmoiement mais pas de tics, pas de rougeurs. Entre les crises, calme absolu. La cause déclenchante est, soit la mastication, soit le froid, soit un éternuement. La répétition des crises amène la malade à la consultation.

Antécédents dentaires. — Etat buccal défectueux. Depuis l'âge de vingt ans, la malade a présenté des accidents aigus ayant nécessité l'extraction de toutes ses dents supérieures droites, de la latérale à la dent de sagesse.

Antécédents généraux. — Migraines fréquentes, rhumatismes. Mère : rhumatisante et migraineuse.

Examen exo-buccal. — Rien à signaler.

Examen endo-buccal :

1	1 5 7
3 2 1	1 2

Gencives normales, légèrement décolorées du côté droit. Crêtes alvéolaires et vestibule droit douloureux à la pression, surtout au niveau de la deuxième prémolaire. Tubérosité douloureuse.

Radiographie. — Négative. Sinus normaux.

Intervention le 28 août 1947. — Technique habituelle. L'atteinte osseuse s'étend au vestibule et à toute la paroi sinusale. Résection à la gouge. Petite collection purulente du volume d'un gros pois, au niveau de la fosse canine. Curettage du sinus. Suture au catgut.

Suites opératoires un peu douloureuses avec sensation d'empâtement au niveau du sinus. Lavages iodés sous pression.

16 septembre 1947. — Nette amélioration.

2 octobre 1947. — Guérison complète. Pas de récidive à ce jour.

Observation X

(Docteur Dubernard)

M. H... (Léon), soixante ans, résinier, Salles.

Mars 1939. — A la suite d'une sieste au pied d'un pin, ressent une vive douleur dans l'hémiface gauche; point de départ au trou mentonnier, irradiation le long du maxillaire inférieur et terminaison dans la zone auriculaire. Cette douleur est constituée par une série de décharges électriques et dure environ un quart d'heure, puis disparaît.

Hiver 1939. — Au début de l'hiver, la crise douloureuse réapparaît, identique à celle du mois de mars et, pendant deux mois, les crises vont se succéder en augmentant d'intensité : la cause déclenchante est la mastication, car les crises éclatent à tous les repas. Dans l'intervalle des crises, pas de douleur continue.

Les crises cèdent peu à peu, au printemps, mais réapparaissent au début de l'hiver, et ainsi tous les ans.

Hiver 1942. — Le malade consulte le Docteur DABADIE qui extrait une petite molaire inférieure gauche, cliniquement saine, mais cette intervention n'amène aucun soulagement durable.

1947. — Les crises augmentant toujours d'intensité, le malade consulte le Docteur BRAVARD qui l'envoie au Docteur DUBERNARD.

14 décembre 1947. — Les crises sont toujours semblables, plus accentuées qu'au début et éclatent à n'importe quel mouvement des joues, et il persiste un fond de douleur continue entre les crises.

Examen exo-buccal. — Rien à signaler.

Examen endo-buccal :

8-54321	1234-6-8
7-54321	1234

Dents absentes extraites en 1914, à la suite de pulpites aiguës et de suppuration.

Palpation. — Douleur de la fosse canine gauche et à la tubérosité.

Radiographie. — Négative. Sinus normaux.

Intervention le 14 décembre 1947 (Docteur DUBERNARD et UTHURBIDE). — Ostéonécrose de la fosse canine gauche, zone circulaire, os mou, saignant facilement et se laissant effondrer. Le reste de la paroi sinusienne est d'apparence normale, mais la muqueuse centrale a disparu. Résection de l'os nécrosé. Alcoolisation complémentaire au trou ovale.

Suites opératoires normales. Pas de récidive.

OBSERVATION XI

(Docteur DUBERNARD et UTHURBIDE)

M^me^ L... (Marie), soixante-deux ans, Bordeaux.

4 mai 1948. — Se présente à la consultation du Service du Docteur DESPIN pour névralgies faciales droites.

Début des douleurs, il y a une quinzaine d'années. D'abord

localisées à l'extrémité de l'aile du nez avec irradiation de l'œil droit.

Il y a deux ans, douleurs s'étendant à tout l'hémiface droit.

Actuellement. — Point de départ des crises douloureuses, au niveau de l'aile du nez, s'étend progressivement aux trois branches du trijumeau. Durée : dix secondes à une minute. Type décharge électrique. Il y a de la rougeur, des spasmes musculaires, du larmoiement à la fin de la crise. Pas de douleurs entre les crises mais, depuis une quinzaine de jours, les crises se rapprochent et se succèdent à peu près continuellement.

Antécédents. — Rien à signaler. Rhumatismes et migraines. Passé dentaire orageux. La malade a fait des accidents à répétition ayant entraîné des extractions successives.

Examen exo-buccal. — Léger empâtement de l'hémiface droite. Palpation des points sus et sous-orbitaires et mentonnier douloureuse.

Examen endo-buccal :

3 2 1	1 2 3

Du côté droit, maxillaire supérieur : Muqueuse gingivale pâle. Résorption marquée de la crête alvéolaire. Disparition de la tubérosité. Palpation excessivement douloureuse de la fosse canine supérieure droite et de toute la paroi vestibulaire.

Radiographie. — Rien à signaler. Sinus normaux.

Intervention le 5 mai 1948. — Technique habituelle. Os anormalement dur, rugueux par ostéite condensante. Elimination à la gouge. Suture au catgut.

Suites opératoires normales. Pas de récidives à ce jour.

CONCLUSIONS

L'étude des névralgies faciales symptomatiques du trijumeau, pour lesquelles nous nous sommes efforcé de mettre en lumière une étiologie méconnue et combien fréquente, nous a permis de conclure que :

1° Toute névralgie faciale symptomatique, dont l'origine n'est pas décelée au cours d'un examen complet, est presque toujours d'origine dentaire ou maxillaire;

2° Les lésions dentaires qui évoluent vers la chronicité, par épisodes aigus successifs, pendant des périodes variant de cinq à dix ans, entraînent des lésions alvéolaires, maxillaires et sinusiennes qui s'étendent rapidement au tissu osseux adjacent.

3° Les lésions anatomiques d'ostéonécrose raréfiante le plus souvent, ou condensante, sont à la base de ces syndromes névralgiques de l'hémiface.

4° La thérapeutique consistant à éliminer les tissus nécrosés, à la demande, permet des guérisons rapides et sans récidives.

5° L'absence de suppuration chronique et de lésions radiographiques ne doit pas faire conclure à la parfaite intégrité des sinus maxillaires.

Un interrogatoire serré et un examen bucco-sinusien complet permettront à tous les praticiens de porter le diagnostic de névralgie faciale par ostéite de la paroi sinusale et, par la thérapeutique chirurgicale, d'apporter à ces malades un soulagement immédiat et définitif.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
R. DUPÉRIÉ.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
M. CREYX.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 3 Juin 1948.
Pour le Recteur de l'Académie :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
G. BRUS.

BIBLIOGRAPHIE

ALAJOUANINE (Th.) et THUREL (R.). — Pathogénie de la névralgie faciale. *Annales médico-psychologiques,* novembre 1933, t. II, n° 4, p. 558.

BÉLIARD et BORNET. — A propos des sinusites maxillaires. *Revue de Stomatologie.* Masson, Paris, 1936, p. 858.

BERCHER. — In *Collection Pratique Stomatologique,* t. II. *Pathologie dentaire.* Masson, Paris, 1935.

BORNET (G.) et GENCEL (E.). — Troubles nerveux et réflexes d'origine dentaire. In *Encyclopédie médico-chirurgicale. Stomatologie,* 1re édition, juillet 1939, 22.041, p. 1-8.

CADENAT. — Embryologie. In *Encyclopédie médico-chirurgicale. Stomatologie,* 1re édition, juillet 1939, 22.009, p. 1-8.

CHAUVIRE. — Algies faciales. Thèse méd., Lyon, 1939, n° 21.

DECHAUME. — *Précis de Stomatologie.* Masson, Paris, 1944.

DECHAUME. — Contribution à l'étude des ostéites d'origine dentaire. *Revue de Stomatologie,* décembre 1935, n° 12, p. 792.

DECHAUME et COURRIER (Mlle). — Ostéites diffusées du maxillaire supérieur. *Revue de Stomatologie,* novembre 1935, n° 11, p. 763.

DECHAUME. — Ostéomyélite chronique de la mandibule. *Revue de Stomatologie,* mars 1930, n° 3, p. 148.

DECHAUME et HOUZEAU. — Lésions inflammatoires des maxillaires. In *Encyclopédie médico-chirurgicale. Stomatologie,* 1re édition, juillet 1939, 22077 à 22079.

DEPARIS (Maurice). — Essais sur les névralgies du trijumeau. Thèse médecine, Paris, 1935, n° 42.

DUBECQ (X.-J.). — Anatomie. In *Encyclopédie médico-chirurgicale. Stomatologie,* 1re édition, juillet 1939, 22002 à 22005.

Dubreuilh. — Embryologie humaine. Vigot, édit., Paris, 1941.

Faivre. — Névralgies faciales. Thèse médecine, Paris, 1946.

Forgue. — Au seuil de la chirurgie. Douin, 1927, 2 vol., 226 p.

Glaser (M.-A.). — Névralgies faciales. Etiologie et traitement. *Revue Odontologique,* décembre 1936, n° 10, p. 22

Leriche. — Névralgies du V et algies de la face. *Revue de Stomatologie,* mai 1937, n° 5, p. 337.

Leriche. — Quelques aspects de névralgies de la face. In *Presse Médicale,* 5 décembre 1936, n° 98, p. 1978.

Lehmans. — Deux cas de névralgies faciales d'origine dentaire. *Revue de Stomatologie,* 1935, t. IV, p. 245.

Pennetier. — Trijumeau et lésions dentaires. Thèse médecine, Toulouse, 1936, n° 14.

Peyrus. — Sinusites chroniques. In *Encyclopédie médico-chirurgicale. Stomatologie,* 1re édition, juillet 1939, 22038, p. 1-4.

Rousseau, Decèle et Raison. — Pathologie buccale. In *Collection pratique stomatologique,* 1932, t. I. Masson, Paris.

Ruppe (C.). — Séméiologie des algies faciales d'origine dentaire. *Presse Médicale,* 29 juillet 1936, n° 61, p. 1235.

Sicard (A. O. A.) — La neurotomie rétro-gastérienne partielle. Thèse médecine, Paris, 1931, n° 541.

Tellier (J.) et Beyssac (P.). — Algies faciales et pratique stomatologique. *Revue de Stomatologie,* 1935, n° 5, p. 328.

Testut. — *Traité d'anatomie humaine,* t. I, 1928; t. II, 1929, Doin, Paris.

Worms et Bercher. — Infections sinusiennes latentes d'origine dentaire. *In* rapport Congrès de Stomatologie, Paris, 1925, n° 9, p. 793.

Bordeaux. — Imp. E. Drouillard, place de la Victoire, 3.